

尊敬的患者,

附件为 BIDMC 经济救助申请表。请填写全部内容, 并与需要的所有文件一并上交。如申请表不完整, 则可能导致你的经济救助申请被拒。

申请截止日期为自申请经济救助的医疗服务的第一份账单日算起 240 天。

贝斯·以色列执事医疗中心及其附属机构致力于向那些有治疗需求但是没有保险, 保额不足, 不够资格享受政府医保或由于其个人经济状况无力支付必要医治的患者提供经济救助。

如你有任何疑问, 请与财务咨询部联系, 电话如下:

谢谢!

将申请交还到:

财务咨询部
贝斯·以色列执事医疗中心
East Campus/Rabb
Room 111
330 Brookline Avenue
Boston, MA 02215
617-667-5661

经济救助申请

请打印

今日日期: _____ 社会安全号码# _____

病历号码: _____

病人编号: _____

地址: _____

街

房间号

城市

州

邮编

就诊日: _____ 病人生日 _____

病人在就诊时有没有健康保险或医疗补助**？ 是 否

如果“是”，请附上保险卡复印件（正反面）并填写下列内容：

保险公司名: _____ 保单号: _____

生效日: _____ 保险公司电话号码: _____

**在申请经济救助之前，在过去 6 个月内你必须曾经申请过医疗补助，且需出示被拒证明。

注意：如已设立健康储蓄账户（HAS），医疗报销账户（HRA），弹性消费账户（FSA）或类似的专供家庭医疗开支的基金，则经济救助就可能不适用。在提供救助之前，必须从已设立账户中先行支付。

如需申请经济救助，请填写下列内容：

列举所有居住在家中的家庭成员，包括患者，父母，和 18 岁以下的子女和/或兄弟姐妹，无论其为亲生或领养的。

家庭成员	年龄	与患者关系	收入来源或雇主姓名	每月毛收入
1.				
2.				
3.				
4.				

除经济救助申请之外，我们还需要下列文件，请附带于本申请之后。

- 当前的州或联邦的报税记录
- 当前的 W2
- 4 张最新的工资存根
- 4 张最新的支票和/或储蓄账户对账单

如无法提供上述材料，请致电财务咨询部 (617) 667-5661 来讨论他们可能提供的其他文件。

在下方签字之后，我确认我已认真阅读过经济救助政策和申请表，且我在此处所陈述之任何内容或我附带于此的任何文件，就我所知是真实和正确的。我了解有意提交虚假信息以获得经济救助是非法的。

申请人签名: _____

与患者的关系: _____

完成日: _____

如果你以某种方式获得资助或者你在本申请中汇报 0 收入，请让资助你和你的家庭的人填写下列的资助申明。

资助申明

我已被患者/责任方确认将提供经济资助。下列为我所提供的服务和资助。

我在此证明和确认此处给出的所有信息就我所知是真实和正确的。我了解我的签名将不会使我对患者的医疗开支负责。

签名: _____ 完成日: _____

在收到填写完毕的申请表之日起，合格性审批尚须等待 30 天。如果审批合格，自批准日起 6 个月内将提供经济救助，且在所有的贝斯·以色列执事医疗中心之附属机构中均有效。

贝斯·以色列执事医疗中心-Boston
贝斯·以色列执事医疗中心-Milton
贝斯·以色列执事医疗中心-Needham
贝斯·以色列执事医疗中心-Plymouth

员工专用。 收到申请之单位: BIDMC <input type="checkbox"/> BID Milton <input type="checkbox"/> BID Needham <input type="checkbox"/> BID Plymouth <input type="checkbox"/> 收到日:
